


# FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CEFALEA POSTPARTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA

*Artículo Original*

Rodney Alexander Ramírez Murillo<sup>1</sup>, Adriana Marcela Ruiz Meneses<sup>1</sup>, Pedro Ricardo Rivera<sup>1</sup>,  
Heydi Milena Rolón Ascencio<sup>1</sup>, Raul Contreras Bosch<sup>1</sup>, Jesus Antonio Chaustre Buitrago<sup>2</sup> 

1. **Estudiantes de 10 semestre de Medicina. Facultad de Salud. Universidad de Pamplona.**
2. **Grupo Investigación de Epidemiología y Salud Pública, Universidad de Pamplona.**

## Resumen:

El dolor es una experiencia sensorial desagradable, asociada a daño tisular real, como resultado de una interacción de múltiples variables biológicas, psicológicas, sociales y culturales. La cefalea posparto es definida como la sensación subjetiva de dolor que se puede manifestar a nivel de la cabeza, cuero cabelludo o cara, conocido en el lenguaje coloquial como “dolor de cabeza” que puede variar tanto en un número de episodios como de intensidad además de tener una incidencia de un 39% en la primera semana generando una limitación funcional significativa del 4 %. Mediante un estudio descriptivo se pretendió identificar los factores de riesgo asociados a la cefalea posparto en las pacientes gestantes, por un periodo de tres meses durante el año 2013 en el servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Erasmo Meoz, centro de referencia en la región para las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico del departamento Norte de Santander, Arauca y región fronteriza venezolana. Mediante encuestas aplicadas a las pacientes posparto se identificó y correlacionó los factores de riesgo asociados a la

cefalea postparto teniendo en cuenta el tipo de parto (parto vaginal versus cesárea) y de esta manera se buscó responder a la escasa información detectada en Colombia y particularmente en el Departamento Norte de Santander, sobre la aparición del evento; con el fin de abrir la posibilidad para nuevas discusiones en la generación de herramientas que favorezca aún más los controles de calidad propios del HUEM, vigentes en el momento actual.

**Palabras Clave:** Cefalea, cefalea pospunción dural, paridad, cesarean, índice masa corporal.

## **FREQUENCY AND RISK FACTORS ASSOCIATED WITH HEADACHE IN THE UNIVERSITY HOSPITAL POSTPARTUM ERASMO MEOZ DE SAN JOSE DE CUCUTA**

### **Abstract:**

Pain is an unpleasant sensory experience associated with actual tissue damage as a result of an interaction of multiple biological, psychological, social and cultural variables. Postpartum headache is defined as the subjective sensation of pain that can manifest at the level of the head, scalp or face, known in colloquial language as "headache" which can vary both in a number of episodes and intensity also have an incidence of 39% in the first week generating significant functional limitation of 4%. Through a

descriptive study was to identify risk factors associated with postpartum headache in pregnant patients, for a period of three months during the year 2013 in the service of Obstetrics Meoz Erasmus University Hospital, a referral center in the region for pregnant women in high risk obstetric department of North Santander, Arauca and Venezuelan border region. Through surveys of postpartum patients were identified and correlated risk factors associated with postpartum headache considering the type of delivery (vaginal delivery versus caesarean section) and thus sought to respond to the limited information discovered in Colombia and particularly in Norte de Santander Department, on the occurrence of the event, in order to open the possibility for further discussion in the generation of tools to give more encouragement controls HUEM own quality , in force at the present time.

**Key words:** Headache, postdural puncture headache, parity, cesarean, body mass index.

---

### **Correspondencia:**

Jesús Antonio Chaustre. E-mail: [Jesuschaustre1956@hotmail.com](mailto:Jesuschaustre1956@hotmail.com)

## **INTRODUCCIÓN**

En Colombia son pocos los estudios sobre cefalea postparto que asocian los actores de riesgo con respecto a la cefalea y en el Departamento Norte de Santander no existe ningún tipo de estudio. Siendo un síntoma prevalente que puede llegar a ser incapacitante<sup>1</sup> y por lo tanto generar un alto costo para los servicios de salud se planteó como

objetivo describir la etiología y los factores de riesgo asociados a la cefalea postparto en el servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Erasmo Meoz, durante un periodo de tres meses durante del año 2013.

## **MATERIALES Y MÉTODO**

Se realizó un estudio de descriptivo, donde se permite investigar los factores asociados a la cefalea post

parto. En el Hospital Universitario Erasmo Meoz, Servicio de Sala de Partos. La población tomada para la realización del estudio fue de 900 mujeres, que fueron atendidas en el HUEM en un lapso de tres meses, con un promedio de 10 pacientes por día. De esta población se tomó el 50%, una muestra de conveniencia de 448 mujeres, número que en efecto se redujo a 414, ya que las restantes no pudieron ser contactadas, porque no respondieron la llamada telefónica; reconociendo que procedían de lugares alejados en zonas rurales. Los criterios de inclusión fueron. Toda paciente gestante que ingresa al HUEM con producto viable (>28 semanas de gestación) para la atención del parto. Pacientes que firmaron el consentimiento informado. Gestantes menores de edad de consentimiento informado con participación de los padres familia.

Los Criterios de Exclusión Paciente que no firmara el consentimiento informado. Gestantes con producto no viable. Gestante con discapacidades cognitivas. Pacientes que no contestaron llamada. Los datos recolectados en la encuesta fueron revisados y supervisados por el asesor metodológico y expertos. La validación del instrumento se realizó con el coeficiente Alfa de Cronbach quien determina la consistencia interna de una escala analizando la correlación media de una variable con todas las demás

que integran dicha escala. Toma valores entre 0 y 1, aunque también puede mostrar valores negativos (lo que indicaría que en la escala hay ítems que miden lo opuesto al resto). Cuanto más se acerque el coeficiente a la unidad, mayor será la consistencia interna de los indicadores en la escala evaluada.

Para el cálculo del alfa de Cronbach se realizó prueba con 414 gestantes, a quienes se les aplicó el instrumento cuyo total de ítems fue 48, eliminándose aquellos cuya variabilidad fue igual a 0 (1 ítem eliminado). Se logró determinar un coeficiente  $\alpha = 0.826$ , lo cual concluye que la consistencia interna del instrumento es BUENA, y sería el valor máximo eliminándose cualquiera de los ítems de la escala.

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presencia de cefalea en las gestantes se asocia a su índice de masa corporal ( $p = 0.00$ ); Se logró identificar que la prevalencia de cefalea es significativamente mayor en gestantes obesas o con bajo peso (75.6% y 60% respectivamente), sin embargo según López Correa en su estudio CPP Obstétrica, en España, solo hay asociación el IMC Elevado, por otro lado W.P.J. Van Osterhout, en su estudio De Cefalea Post Parto, El bajo índice de masa corporal después de una punción lumbar, realizada en posición sentada

aumento el riesgo de la cefalea con una (P:0.05).

En cuanto al tipo de parto, se logró determinar que la presencia de cefalea es significativamente mayor en mujeres cuyo parto fue por cesárea ( $p = 0.00$ ). Según Goldszmidt E y colaboradores, Incidencia y Etiología de Cefalea Post Parto en Canadá<sup>3</sup>, se concluyó que la cefalea Post parto fue en un 39% correspondiente a cefalea primarias mayor a un 75% y CPPD en 4,7% de la población objeto procedimiento que se realizó en cesárea. Con respecto a las cefaleas secundarias los autores plantean que la cefalea postpunción dural es la más frecuente, con una incidencia entre el 1.1 y el 1.9% en mujeres con una intervención anestésica y 11% en mujeres con múltiples punciones neuroaxiales<sup>7</sup> y en el presente estudio se encontró la presencia de la cefalea sin ninguna relación con relación al número de punciones.

En el presente estudio la presencia de cefalea es significativamente mayor en gestantes con trastorno hipertensivo en el embarazo con un 65,5% ( $p = 0.00$ ). Según Stella y colaboradores realizo en el 2007, en 97 pacientes un estudio de casos, donde se reporta un asociación del 50% de pacientes que presentaron cefalea con relación a los trastornos hipertensivos del embarazo (Preclampsia 11% y Eclampsia 44%).

El consumo de medicamentos también incide significativamente en la aparición de cefalea en estas gestantes ( $p = 0.00$ ); El 61.4% de las gestantes que consumen medicamentos presentaron cefalea, la proporción de gestantes que no consumen fue de 34%. en un estudio realizado por Facchinetti, de cefalea post parto asociado a migraña se encontró que las pacientes que consumían analgésicos se asociaban más a la presencia de la cefalea postparto.

La presencia de cefalea es significativamente mayor en gestantes que consumen o han consumido cigarrillo ( $p = 0.00$ ); El 80.8% de las gestantes que consumen cigarrillo presentaban cefalea, la proporción de mujeres no fumadoras fue del 35.8%.

En un estudio elaborado por Turner y colaboradores, de cohorte longitudinal<sup>4</sup> de 2434 parturientas hospitalizadas por parto vaginal o por cesárea, realizado en 4 hospitales universitarios en los Estados Unidos y Europa, comparó estas pacientes con aquellas que no tenían una historia de cefalea antes del embarazo y se asoció significativamente con 8 semanas después del parto en aquellas que sufrían de cefalea. Otros predictores fueron los psicosociales (por ejemplo, la somatización, fumar antes del embarazo) los que se asociaron significativamente con un resultado de cefalea de al menos

una vez; como en efecto se corrobora en el presente estudio.

La presencia de cefalea se asocia al volumen de pérdida sanguínea en cesárea ( $p = 0.01$ ); A medida que aumenta el volumen de pérdida es mayor la prevalencia de cefalea en las gestantes que se realizaron cesárea, a la revisión de la literatura no se evidencia ningún estudio donde se estudie dicha variable.

La presencia de cefalea es independiente a la edad de la gestante ( $p = 0.88$ ); Es decir, se registra en similares proporciones para los diferentes grupos de edad sin embargo en los grupos de 10-14 años (44,4%) y 15-19años (42%) se presentó la mayor frecuencia de cefalea postparto. Marrón, en su estudio Cefalea Obstétrica el embarazo en pacientes jóvenes (21-30 años) presentado cefalea el 16% y en el grupo de 10-20 años el 10%.

La presencia de cefalea es independiente al estado civil ( $p = 0.81$ ); Aunque proporcionalmente es más frecuente la cefalea en gestantes casadas (42.9%), no hay diferencias significativas con respecto a los demás estados civiles. En un estudio elaborado por Turner y colaboradores, de cohorte longitudinal<sup>4</sup> de 2434 parturientas hospitalizadas por parto vaginal o por cesárea, realizado en 4 hospitales universitarios en los Estados Unidos y Europa, relaciono

los distintos factores sociales a la cefalea post parto.

La presencia de cefalea actual es independiente a la presencia de antecedentes de la misma en un (28,6%) ( $p = 0.068$ ) En un estudio elaborado por Sabharwal "et al" Postpartum headache: diagnosis and management. Oxford University, se dice que el antecedente de cefalea migrañosa es considerado uno de los factores de riesgo para el desarrollo de cefalea postparto, pues a pesar de que hay estudios que demuestran la disminución de su presentación durante el embarazo debido a los cambios hormonales, se ha observado una rápida recurrencia después del parto, siendo durante la primera semana posparto del 34%, y durante el primer mes del 55%.

Según estudios revisados, el índice de masa corporal elevado se relaciona con la presencia de cefalea posparto, se corrobora en el presente estudio y se reporta además que el índice de masa corporal bajo guarda la misma relación. Los autores señalan que la cefalea posparto constituye uno de los principales motivos de consulta y síntoma común del puerperio, sin tener en cuenta factores asociados tales como nivel socioeconómico bajo, baja escolaridad, propios de estratos uno y dos, como en efecto se encontró en el presente estudio; razón por la cual queda abierta la posibilidad para la realización de un

estudio comparativo entre estratos bajo y alto.

Así mismo, en los artículos se refiere que la cefalea primaria más frecuente es la cefalea tensional, relacionada con factores desencadenantes de estrés, tales como no descansar bien y en efecto estos se encuentran presentes en la población objeto de estudio, lo cual lleva a plantear la necesidad de mejorar la atención a la materna prenatal.

Se plantea así mismo que en comparación con las pacientes sin antecedentes de cefalea; una historia de cefalea antes del embarazo se constituye en el predictor más fuerte de dicho dolor durante el embarazo, lo cual en efecto se encontró en el estudio, donde las pacientes con antecedentes patológicos tuvieron niveles significativamente altos para la presencia de cefalea.

El mismo estudio comparó estas pacientes con aquellas que no tenían una historia de cefalea antes del embarazo y se asoció significativamente con 8 semanas después del parto en aquellas que sufrían de cefalea. Otros predictores fueron los psicosociales (por ejemplo, la somatización, fumar antes del embarazo) los que se asociaron significativamente con un resultado de cefalea de al menos una vez; como en efecto se corrobora en el presente estudio.

Con respecto a las cefaleas secundarias los autores plantean que la cefalea postpunción dural es la más frecuente, con una incidencia entre el 1.1 y el 1.9% en mujeres con una intervención anestésica y 11% en mujeres con múltiples punciones neuroaxiales<sup>7</sup> y en el presente estudio se encontró la presencia de la cefalea sin ninguna relación con relación al número de punciones.

La presencia de cefalea es independiente al tipo de aguja utilizada para realizar la punción ( $p=0.588$ ). Turnbull and D. B. Shepherd. Post-dural puncture headache: pathogenesis, prevention and treatment. British Journal of Anaesthesia 2003; 91 (5): 718-29. La incidencia de CPPD en 1898 era del 86%, esta alarmante alta incidencia de cefalea postpunción dural, se le atribuyó a la utilización de agujas de calibre grande, bisel medio, y agujas cortantes, en 1956 con la introducción de agujas de 22g y 24 g, la incidencia se estimó en un 11%, y ahora en la actualidad el uso de agujas tipo punta de lápiz, tales como whitacre y sprotte ha producido una reducción en la incidencia de CPPD<sup>5</sup>, llegando a presentaciones hasta del 1.1% en estudios obstétricos, encontrando variabilidad en distintos estudios relacionados con otros factores de riesgo como son la posición, la experiencia del anestesiólogo y la edad.

La presencia de cefalea es independiente a la posición en las que les realizaron la punción lumbar ( $p = 0.087$ ). Bayter y Colaboradores en su estudio Cefalea Post punción, 2007 en Bucaramanga Colombia, determinaron que la posición sentada durante el procedimiento anestésico se relacionaba más con la cefalea post parto que la posición decúbito lateral.

En las siguientes variables no se encontró asociación significativa: Respecto a la paridad no existen diferencias significativas con el 40,6% en multíparas y nulíparas con el 37,2% ( $p = 0.489$ ).

Aunque la presencia de cefalea es más frecuente en gestantes con diabetes (51.7%), no existen diferencias con relación a las gestantes sin la enfermedad ( $p = 0.134$ ). Dada la distribución de los resultados obtenidos no se puede concluir que exista asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la presencia de cefalea en estas gestantes ( $p = 0.64$ ).

Aunque proporcionalmente la presencia de cefalea es mayor en gestantes que consumen o han consumido alcohol (47.6%) no existen diferencias significativas con relación al grupo de gestantes que no lo consumen (38.2%) ( $p = 0.386$ ).

Aunque se logró observar que la presencia de cefalea es más frecuente en gestantes con antecedentes de diabetes (62.5%) no se puede concluir que existan diferencias significativas con respecto al grupo sin presencia del factor de riesgo ( $p = 0.27$ ). Igualmente aunque la presencia de cefalea es más frecuente en gestantes con antecedentes de hipertensión (66.7%) no se puede concluir que existan diferencias significativas con respecto al grupo sin presencia del factor de riesgo ( $p = 0.09$ ).

Tampoco existen asociación entre la presencia de antecedentes en enfermedades cardiovasculares y la presencia de cefalea en estas gestantes ( $p = 0.54$ ). Dada la distribución de los resultados obtenidos no se puede concluir que exista asociación entre la presencia de antecedentes de enfermedades de la tiroides y la presencia de cefalea en estas gestantes ( $p = 0.11$ ).

La presencia de cefalea es independiente al número de intentos para realizar la misma ( $p = 0.382$ ). La presencia de cefalea es independiente al tiempo de duración de la cesárea en gestantes a las que se le realizó dicho procedimiento ( $p = 0.503$ ). La presencia de cefalea se manifiesta de manera independiente al tiempo de deambulación de las gestantes después del parto ( $p = 0.42$ ).



## CONCLUSIONES

Para lograr la descripción de la etiología y los factores de riesgo asociados a la cefalea postparto en el servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Erasmo Meoz, durante un período de tres meses, en el año 2013 se tuvo en cuenta una serie de variables que fueron apareciendo a lo largo de la investigación, en concordancia con lo planteado en la literatura consultada.

Con respecto a la medición de la frecuencia de la cefalea posparto se identificaron niveles significativamente altos, asociados al índice de masa corporal, ya que la prevalencia de cefalea resultó mayor, tanto en gestantes obesas como en las de bajo peso; por lo que pudiera inferirse que buenos hábitos alimenticios pueden dar lugar a la prevención de la cefalea postparto.

En relación con el tipo de parto, se pudo determinar que la presencia de cefalea postparto resultó significativamente mayor en mujeres cuyo parto fue por cesárea y conviene aclarar que las cesáreas se realizan frente a complicaciones, ya sea por falta de controles prenatales o por antecedentes personales. De igual manera se identificó en aquellas gestantes que previamente habían registrado trastorno hipertensivo durante el embarazo; alteración que si

bien es cierto aumenta el riesgo de morbimortalidad; pudiera prevenirse mediante controles prenatales y vigilancia estricta al momento del parto.

Con respecto al consumo de medicamentos se encontró una incidencia significativamente alta en la aparición de la cefalea postparto; puesto que las gestantes deciden automedicarse, sin tener en cuenta que probablemente pudieran estar generando riesgos mayores durante el puerperio. De igual manera ocurre con el consumo de cigarrillo y alcohol, propio de la población categorizada, que en efecto corresponde a niveles socioeconómicos bajos, en los cuales las mujeres con baja escolaridad y altos niveles de estrés acuden al consumo de este tipo de sustancias, lo que aumenta el riesgo de complicaciones por antecedentes personales.

El cálculo de la fuerza de asociación entre factores de riesgo y aparición de la cefalea postparto indicó que las variables en relación con estilos de vida tienen alta significación.

El volumen de pérdida sanguínea dentro de la cesárea, ya sea por procedimiento quirúrgico que incluye extracción del recién nacido y la placenta guarda relación con la presencia de cefalea postparto; así como los loquios o el puerperio inmediato.

Finalmente se concluye que la técnica anestésica utilizada en las cesáreas con respecto al número de aguja, posición de la punción y número de intentos no guarda relación alguna con la presencia de cefalea postparto; por lo que se infiere que los procedimientos establecidos en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, para dicha práctica cumplen con la eficacia y efectividad; dando lugar a criterios de calidad del servicio.

### RECOMENDACIONES

En atención a la cantidad de variables relacionadas en el estudio y considerando la importancia del evento y las repercusiones sociales del mismo se recomienda la realización de nuevas investigaciones, mediante las cuales se correlacionen de manera fraccionada dichas variables.

Así mismo se recomienda la implementación de acciones en relación con procesos de prevención y promoción con respecto al consumo de cigarrillo y alcohol, la automedicación y la ausencia de controles prenatales; de manera particular tanto en madres gestantes como población potencial.

De igual manera se recomienda la realización de acciones de prevención y promoción con respecto a hábitos de vida saludable, en virtud de que la

prevalencia de la cefalea postparto tuvo mayor significación en el nivel dos y así mismo se encontró niveles significativamente altos con respecto a la presencia de trastornos hipertensivos durante el embarazo.

Se recomienda además, con el fin de reducir la tasa de morbilidad materna, que se intensifiquen las campañas de promoción y prevención de las gestantes, de modo que la realización de controles permita el tamizaje de mujeres que pudieran presentar problemas relacionados con la cefalea postparto, ya sea por antecedentes patológicos o personales.

### REFERENCIAS

1. Klein A, Loder E. Postpartum headache. Int J Obstet Anesth 2010; 19 (4): 422-30.
2. Hunt P, Mantyh W. The molecular dynamics of pain control. Nat Rev neurosci 2001; 2 (2): 83-91.
3. Goldszmidt E, Kern R, Chaput A, Macarthur A. The incidence and etiology of postpartum headaches: a prospective cohort study. Can J Anesth 2005; 52 (9): 971-7.

4. Turner D, Smitherman T, Eisenach J, Penzien D, Timothy T. Predictors of headache before, during, and after pregnancy: a cohort study. *Headache* 2012; 52 (3): 348-62.
5. Sances G, Granella F, Nappi E, Fignon A, Ghiotto N, Polatti F, et al. Course of migraine during pregnancy and postpartum: a prospective study. *Cephalalgia* 2003; 23 (3): 197-205.
6. Saurel J, Romito P, Lelong N, Ancel Y. Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *BJOG* 2000; 107 (10): 1202-9.
7. Chan M, Ahmed E, Yentis M, Holdcroft A. Postpartum headaches: summary report of the National Obstetric Anaesthetic Database (NOAD) 1999. *Int J Obstet Anesth* 2003; 12 (2): 107-12.
8. Grove H. Backache, headache and bladder dysfunction after delivery. *Br J Anaesth* 1973; 45 (11): 1147-9.
9. Benhamou D, Hamza J, Ducot B. Postpartum headache after epidural analgesia without dural puncture. *Int J Obstet Anesth* 1995; 4 (1): 17-20.
10. Bayter A, Ibáñez F, García M, Meléndez H. Cefalea postpunción en pacientes sometidas a cesárea bajo anestesia subaracnoidea. Eficacia de la posición sentada versus decúbito lateral. Ensayo clínico controlado. *Rev Col Anest* 2007; 35 (2): 121-7.
11. Vallejo C, Mandell L, Sabo P, Ramanathan S. Postdural puncture headache. A randomized comparison of five spinal needles in obstetric patients. *Anesth Analg* 2000; 91 (4): 916-20.
12. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders. *Cephalalgia* 2004; 24 (1): 1-150.
13. López T, Garzón J, Sánchez F, Muriel C. Cefalea postpunción dural en obstetricia. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2011; 58 (563-573): 1-11.
14. Van Oosterhout W, Van Der Plas A, Van Zwet E, Zielman R, Ferrari M, Terwindt G. Postdural puncture headache in migraineurs and nonheadache subjects A prospective study. *Neurology*, 2013; 10 (10): 941-8.

15. Facchinetti F, Allais G, Nappi R, Amico R, Marozio L, Bertozzi A, et al. Migraine is a risk factor for hypertensive disorders in pregnancy: a prospective cohort study, *Cephalalgia*, 2008; 29 (286-292): 1-7.
16. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2008.
17. Ministerio de Salud. Resolución 008430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio.
18. Turnbull D, Shepherd D. Post-dural puncture headache: pathogenesis, prevention and treatment. *Br. J. Anaesth* 2003; 91 (5): 718-29.
19. Turnbull D, Shepherd D. Post-dural puncture headache: pathogenesis, prevention and treatment. *Br. J. Anaesth* 2003; 91 (5): 718-29.
20. Goldszmidt E, Kern R, Chaput A, Macarthur A. The incidence and etiology of postpartum headaches: a prospective cohort study (L'incidence et la cause des céphalées du postpartum: une étude prospective). *Canadian J Anesth* 2005; 52 (9): 971-7.
21. Segado M, Arias J, Domínguez F, Casas M, López A, Izquierdo C. Analgesia epidural obstétrica fallos y complicaciones neurológicas de la técnica. *Rev Soc Esp Dolor* 2011; 18 (5): 276-82).